

نقش پیش‌بینی‌کننده ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله در اختلالات بالینی دانشجویان

منصوره شفق^{۱*}، اعظم فرح بیجاری^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات بالینی دانشجویان بر اساس ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله آنان می‌باشد.

روش: جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فنی مهندسی گلپایگان می‌باشد که تعداد ۲۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات سه پرسشنامه ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله و خلاصه علائم مرضی، مورد استفاده قرار گرفت. این تحقیق از نوع همبستگی بوده و برای تحلیل آماری داده‌ها همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد به‌جز عامل مشاهده تمام مؤلفه‌های ذهن آگاهی با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار داشته و از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار با بروز اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار و مقابله هیجان مدار و اجتناب مدار رابطه مثبت معنادار داشتند. یافته‌ها هم‌چنین نشان داد عمل آگاهانه (از مؤلفه‌های ذهن آگاهی) و سبک‌های مقابله مسئله مدار و هیجان مدار می‌توانند ۳۵/۶٪ واریانس اختلالات بالینی را تبیین کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، توصیه می‌شود که درمانگران از راهبردهای مقابله و تمرین‌های ذهن آگاهی در طرح‌ریزی درمان اختلالات بالینی استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، سبک‌های مقابله، اختلالات بالینی

*Email: m.shafaghi86@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۱، پیاپی ۲۶
بهار و تابستان ۱۳۹۵
صص: ۸۹-۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۸

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No.1, Serial 26

Spring & Summer
2016

pp.: 89-98

مقدمه

یکی از موضوعاتی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است توجه به ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک توانمندی شناختی در مقابله با مشکلات است. ذهن‌آگاهی به معنای «توجه کردن به طریقی خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و غیر قضاوتی» است و از ۲۵۰۰ سال پیش تاکنون برای پرورش آگاهی و بینش اجرا می‌شود [۱، ۲].

فرد ذهن‌آگاه در هر لحظه از حالت ذهنی خودآگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی‌اش متمرکز می‌کند [۳].

از لحاظ نظری، توجه غیر قضاوتی (ذهن‌آگاهی) به رویداد در حال وقوعی که استرس‌آور قلمداد می‌شود، منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد [۴]. فرض می‌شود در ذهن‌آگاهی فرد با درگیر نشدن بیش از حد با مشکلات می‌تواند از جنبه‌های مختلف به آن‌ها نگاه کرده و راهی منطقی برای رهایی از آن‌ها ببیند. مطالعات چندی به بررسی رابطه ذهن‌آگاهی و پریشانی‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند. این مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی سطوح بالاتری از خودمختاری و سطوح پایین‌تر عاطفه ناخوشایند در عملکرد را پیش‌بینی می‌کند [۵، ۶، ۷].

در طی سال‌های اخیر، اکثر پژوهش‌ها در این حیطه به‌منظور ارزیابی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مطالعات "مداخله بالینی" متمرکز شده است [۸] این سیر پژوهشی این سؤال را مورد خطاب قرار می‌دهد:

"آیا مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخش‌اند؟"

در بررسی‌ها داده‌های نویدبخشی مبنی بر مؤثر بودن مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای درمان علائم روانی و جسمی حاصل شده است [۹، ۱۰، ۱۱]. واضح است که این سیر پژوهشی به‌منظور تأیید اعتبار "ذهن‌آگاهی" به‌عنوان مداخله روان‌شناختی مؤثر، ضروری است و کوشش‌های بالینی کنترل شده در بین جمعیت‌های گوناگون باید ادامه یابد. با این حال، جهت‌گیری دیگری به همان اندازه برای تحقیقات آینده مهم است:

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌واقع چگونه کار می‌کنند؟

کاربردهای بالینی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک مهارت آموزش‌پذیر تمرکز می‌کند، اما می‌توان آن را به‌عنوان یک متغیر زمینه‌ای نیز که با استفاده از پرسشنامه خود گزارشی ارزیابی می‌شود مفهوم‌سازی کرد [۹]. اگرچه چنین خود گزارشی‌هایی به تغییرات ناشی از آموزش شدید ذهن‌آگاهی حساس‌اند، اما شواهدی وجود دارد که بدون چنین آموزش‌هایی سطوح ذهن‌آگاهی در طول زمان نسبتاً پایدار باقی می‌ماند [۱۲، ۱۳]. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد افراد در گرایش طبیعی به آگاهی از تجربه‌های لحظه‌لحظه خود به طریق باز و غیر قضاوتی متفاوت‌اند. بررسی‌های اعتباریابی خود گزارشی، ذهن‌آگاهی را به طیف وسیعی از متغیرهای رفتاری و شناختی مرتبط کرده است که پیامدهای فرضی ذهن‌آگاهی را بازتاب می‌دهند

گرچه اخیراً تلاش‌هایی به‌منظور ترسیم الگوی روان‌شناختی ذهن‌آگاهی انجام شده است و چندین مدل مفهومی از ذهن‌آگاهی

به‌منظور روشن کردن جنبه‌های مختلف از این پدیده مطرح شده است اما هیچ‌یک اعتباربخشی تجربی کامل به دست نیاورده است [۱۴، ۱۵] و به‌طور خاص توافق کلی بر روی مفهوم‌سازی و عملیاتی کردن ذهن‌آگاهی وجود ندارد.

علاوه بر این پژوهش‌های اندکی به بررسی رابطه مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف کردن، عمل آگاهانه، عدم قضاوت و عدم واکنش) با اختلالات روانی پرداخته‌اند؛ این امر می‌تواند به ما در تعیین سازوکار درگیر در رابطه ذهن‌آگاهی و اختلالات بالینی کمک کند. لذا انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند به شناسایی عوامل مؤثر در تغییر حاصله از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مکانیسم‌های تغییر در این درمان‌ها کمک کند و بدین ترتیب مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی را جهت‌دار کرده و اثربخش‌تر سازد علاوه بر آن پژوهش در زمینه سازه ذهن‌آگاهی و کشف روابط ساختاری آن با دیگر سازه‌های روان‌شناختی به غنی‌تر شدن این حیطه از دانش کمک می‌کند

از دیگر عواملی که بر چگونگی برخورد با مشکلات و بروز اختلالات بالینی تأثیر دارد سبک مقابله فرد است. سبک مقابله رویکرد فرد در پاسخ به مشکلات روزمره و با وقایع مهم زندگی است و چگونگی واکنش او به رویدادهای تنش‌زا و هیجانات منفی همراه با آن را تعیین می‌کند [۱۶]. ابتدا دو نوع سبک مقابله مسئله مدار و سبک مقابله هیجان مدار و سپس سبک مقابله اجتناب مدار در ادبیات این حوزه مطرح گردید که از آن به‌عنوان گریز یا دوری از منابع فشار نام می‌برند [۱۷، ۱۸].

گرچه مطالعات زیادی به بررسی رابطه سبک‌های مقابله با اختلالات بالینی پرداخته‌اند و اغلب مقابله هیجان مدار را با افزایش ابتلا و مقابله مسئله مدار را با کاهش ابتلا به اختلالات بالینی مرتبط دانسته‌اند اما یافته‌ها در زمینه مقابله اجتناب مدار متناقض است. برای مثال برخی مطالعات به رابطه مثبت مقابله اجتناب مدار با بروز اختلالات بالینی اشاره کردند [۱۹] اما در پژوهش‌های دیگر این رابطه معنادار نبود [۲۰]. از آنجاکه سبک‌های مقابله فرد به‌عنوان یکی از عوامل حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی عمل می‌کند شناخت دقیق رابطه آن با اختلالات بالینی ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند کارگشا باشد. با توجه به آنچه که پیش‌تر ذکر شد و همچنین مطالعات صورت گرفته فرضیه‌های این پژوهش به‌صورت زیر تدوین گشت.

- بین ذهن‌آگاهی و اختلالات بالینی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- بین سبک‌های مقابله و اختلالات بالینی در دانشجویان رابطه وجود دارد.
- مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و سبک‌های مقابله می‌توانند علائم اختلالات بالینی را پیش‌بینی کنند.

روش

نوع پژوهش

نوع پژوهش حاضر توصیفی با تأکید بر همبستگی است.

آزمودنی

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه فنی مهندسی گلپایگان می‌باشد که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ مشغول به تحصیل می‌باشند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع تصادفی است. حجم نمونه مکفی با قرار دادن تعداد کل دانشجویان کارشناسی این دانشگاه که ۵۵۰ نفر بودند در فرمول کوکران و در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، ۲۲۰ نفر به دست آمد. به منظور لحاظ کردن موارد پرت حجم نمونه ۱۰٪ افزایش یافت و پرسشنامه‌ها به عدد ۲۴۲ افزایش یافت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت ۲۲۲ نفر دانشجوی دختر و پسر وارد پژوهش شدند. به علاوه در قسمت فوقانی اولین پرسشنامه سؤالاتی در مورد اطلاعات دموگرافیک افراد شامل سن، جنس، وضعیت تأهل آن‌ها حاصل شد. در بین ۲۲۲ نفر اعضای نمونه ۱۲۲ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن حضور داشتند به عبارتی مردان ۵۵٪ و زنان ۴۵٪ نمونه را شامل می‌شدند. همچنین بیشترین تعداد آزمودنی‌ها، ۱۸ ساله (۳۵/۶٪) و کم‌ترین تعداد مربوط به طیف سنی ۲۴ ساله (۱/۸٪) بوده، بیشتر آزمودنی‌ها مجرد و درصد تجرد در نمونه حاضر ۹۳/۲٪ می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از سه ابزار اندازه‌گیری استاندارد استفاده شد. ۱- پرسشنامه ذهن‌آگاهی^۱: این پرسشنامه توسط بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی در سال ۲۰۰۶ معرفی گردید. این مقیاس ۵ مؤلفه متمایز از ذهن‌آگاهی را بر اساس ۳۹ گویه مورد سنجش قرار می‌دهد. این مؤلفه‌ها شامل مشاهده، توصیف کردن، فعالیت همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش می‌باشند [۲۱]. مقیاس پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی دارای ثبات درونی خوب است و مقیاس‌ها با یکدیگر مرتبط‌اند هم‌چنین قابلیت پیش‌بینی سایر متغیرها را دارد [۲۲]. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط کلانتری در ۱۳۹۰ به دست آمده است که در نتیجه بررسی‌های تحلیل عاملی، ۷ گویه حذف شد و نسخه فارسی این پرسشنامه ۳۲ سؤال را شامل گشت. نمره‌گذاری این پرسشنامه به وسیله مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد به طوری که به هرگز عدد ۱، بندرت عدد ۲، گاهی اوقات عدد ۳، اغلب اوقات عدد ۴ و همیشه عدد ۵ تعلق می‌گیرد. برای تعیین روایی سازه این پرسشنامه، از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شده است. نتایج تحلیل عوامل، استقلال پنج عامل را مورد تأیید داده و پنج مؤلفه در مجموع حدود ۴۵ درصد واریانس کل نمونه را توضیح می‌دهند [۲۱]. بائر و همکاران در ۲۰۰۶ برای عامل مشاهده ضریب آلفای ۰/۸۱، برای عامل توصیف ۰/۸۷، برای

عامل عدم قضاوت ۰/۹۲، برای عامل عدم واکنش ۰/۸۰ و برای عامل عمل توأم با آگاهی ۰/۸۸ و پایایی کل را نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی دیگر نیز ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۳]. در نسخه فارسی نیز برای عامل مشاهده، ضریب آلفای ۰/۶۲، برای عامل توصیف ۰/۸۱، برای عامل عدم قضاوت ۰/۶۵، برای عامل عدم واکنش ۰/۶۳ و برای عامل عمل آگاهانه ۰/۷۷ به دست آمده است [۲۱]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل سؤالات پرسشنامه ۰/۸۵، برای عامل مشاهده ۰/۶۲، برای عامل توصیف ۰/۸۷، برای عامل آگاهانه ۰/۸۲، برای عدم قضاوت ۰/۷۳ و برای عدم واکنش ۰/۶۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک‌های مقابله اندلر و پارکر^۲: این پرسشنامه در ۱۹۹۰ توسط اندلر و پارکر به منظور سنجش سبک‌های مقابله با استرس افراد (نوجوانان و بزرگسالان) در موقعیت‌های استرس‌زا و بحرانی ساخته شد. این پرسشنامه با ۴۸ ماده یکی از ابزار مورد اعتماد برای سنجش سبک‌های مقابله محسوب می‌شود و سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای (مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار و مقابله اجتناب مدار) را شامل می‌شود [۲۴-۲۵]. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) صورت می‌گیرد. این ۴۸ آیتم سه زمینه اصلی رفتار مقابله‌ای را در برمی‌گیرد به طوری که ۱۶ آیتم مورد مسئله مداری، ۱۶ آیتم مورد هیجان مداری، ۱۶ آیتم مورد رفتار اجتنابی را می‌سنجند که به صورت ناهمگنی در سؤالات پخش شده‌اند. در جدول ۱ ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها آمده است.

جدول ۱. ماده‌های هر یک از مقیاس‌های سبک‌های مقابله

| مقیاس | ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها |
|--------------------|--|
| مقابله مسئله‌مدار | ۱.۲.۶.۱۰.۱۵.۲۱.۲۴.۲۶.۲۷.۲۹.۳۹.۴۱.۴۲.۴۳.۴۴.۴۷ |
| مقابله هیجان‌مدار | ۵.۷.۸.۱۳.۱۴.۱۶.۱۷.۱۹.۲۲.۲۵.۲۸.۳۰.۳۳.۳۴.۳۵.۳۸ |
| مقابله اجتناب‌مدار | ۳.۴.۹.۱۱.۱۲.۱۸.۲۰.۲۳.۲۹.۳۱.۳۲.۳۷.۴۰.۴۴.۴۵.۴۸ |

ضریب پایایی پرسشنامه مقابله با فشار روانی برای هر سه سبک در هر دو گروه دختر و پسر بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۸]. در نمونه ایرانی نیز ضریب پایایی برای سبک مقابله مسئله مدار ۰/۸۷، هیجان مدار ۰/۸۴ و اجتناب مدار ۰/۷۷ محاسبه شده است [۲۶]. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقابله مسئله مدار ۰/۸۸، مقابله هیجان مدار ۰/۸۳، مقابله اجتناب مدار ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- پرسشنامه خلاصه علائم مرضی^۳: پرسشنامه خلاصه علائم مرضی حاصل پرسشنامه «اس. سی. ال. نود»^۴ است که برای ارزیابی مشکلات روان‌شناختی در جمعیت افراد بستری در

^۲ The Coping Inventory for Stressful Situation (CISS)

^۳ Brief symptom inventory (BSI-18)

^۴ SCL 90

^۱ Five Facet of Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

رخ داده‌اند، اندازه می‌گیرد این پرسشنامه نشانه‌های هیجانی و جسمانی که مرتبط با اضطراب (به‌عنوان مثال عصبانیت یا لرزش طیف ۰/۸۹۷ تا ۰/۹۰۹ و برای کل آزمون ۰/۹۰۹ محاسبه شده است [۲۷]). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای عامل جسمانی سازی ۰/۷۷، برای عامل افسردگی ۰/۸۳، برای عامل اضطراب ۰/۷۹ و برای کل آزمون ۰/۹۰ به دست آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد.

بیمارستان و غیر بستری بکار برده می‌شود. نسخه کوتاه این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است که علائمی را که طی یک هفته درون بدن) و افسردگی (احساس غمگینی و مستعد افسردگی بودن) را ارزیابی می‌کند [۲۷]. این پرسشنامه ۳ زیر مقیاس (اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی) را به‌واسطه ۱۸ سؤال می‌سنجد که به هر یک از این زیر مقیاس‌ها ۳ سؤال اختصاص داده شده است [۲۸].

پایایی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در هر یک از سه زیر مقیاس اضطراب، افسردگی و جسمانی سازی در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸ تا برای کل سؤالات ۰/۸۹ برآورد گردیده است [۲۸]. در نمونه ایرانی میزان آلفای کرونباخ برای ۱۸ سؤال در

جدول ۲. حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

| متغیرها | حداقل نمرات | حداکثر نمرات | میانگین | خطای استاندارد |
|--------------------|-------------|--------------|---------|----------------|
| ذهن آگاهی | ۵۷ | ۱۳۹ | ۱۰۲/۱۶ | ۱۴/۳۶ |
| مشاهده | ۵ | ۲۰ | ۱۳/۱۲ | ۲۰/۰۹ |
| توصیف | ۸ | ۴۰ | ۲۶/۶۳ | ۶/۱ |
| عمل آگاهانه | ۸ | ۴۰ | ۲۶/۱۶ | ۵/۴۵ |
| عدم قضاوت | ۶ | ۳۰ | ۱۸/۳۱ | ۴/۲۵ |
| عدم واکنش | ۷ | ۲۸ | ۱۷/۹۱ | ۳/۶۹ |
| مقابله مسئله مدار | ۲۰ | ۷۷ | ۵۴/۷۹ | ۹/۵۹ |
| مقابله هیجان مدار | ۲۵ | ۷۲ | ۴۷/۷۴ | ۹/۹۴ |
| مقابله اجتناب مدار | ۱۹ | ۷۵ | ۴۳/۶۴ | ۹/۴۸ |
| افسردگی | ۰ | ۲۳ | ۷/۱۵ | ۵/۱۱ |
| اضطراب | ۰ | ۱۹ | ۵/۵۹ | ۴/۴۷ |
| جسمانی سازی | ۰ | ۱۷ | ۴/۳۱ | ۴/۱۸ |

کمترین حد مشاهده می‌شود.

فرضیه اول: بین ذهن آگاهی و اختلالات بالینی رابطه وجود دارد.

از آنجاکه متغیرهای مورد بررسی در مقیاس فاصله‌ای قرار داشتند برای سنجش همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های لازم برای آزمون ضریب همبستگی، آزمون نرمال بودن و خطی بودن داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در بین دانشجویان بیشترین میانگین در زیر مقیاس‌های ذهن آگاهی مربوط به توصیف، برابر با ۲۶/۶۳ و کمترین آن مربوط به مشاهده با میانگین ۱۳/۱۲ می‌باشد. حداکثر میانگین در سبک مقابله مربوط به مقابله مسئله مدار، برابر با ۵۴/۷۹ و حداقل آن مربوط به مقابله اجتناب مدار با میانگین ۴۳/۶۴ می‌باشد؛ هم‌چنین در بین دانشجویان ابتلا به افسردگی با میانگین ۷/۱۵ بیش از سایر اختلالات و میزان ابتلا به جسمانی سازی با میانگین ۴/۳۱ در

جدول ۳. همبستگی بین ذهن آگاهی، مشاهده، توصیف، عمل آگاهانه، عدم قضاوت، عدم واکنش و اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| ۱ ذهن آگاهی | ۱ | | | | | | | | | |
| ۲ مشاهده | **۰/۳۴ | ۱ | | | | | | | | |
| ۳ توصیف | **۰/۷۵ | **۰/۲۲ | ۱ | | | | | | | |
| ۴ عمل آگاهانه | **۰/۷۴ | ۰/۳۲ | **۰/۳۲ | ۱ | | | | | | |
| ۵ عدم قضاوت | **۰/۵۵ | -۰/۰۲ | **۰/۱۶ | **۰/۴۲ | ۱ | | | | | |
| ۶ عدم واکنش | **۰/۶۲ | ۰/۱۱ | **۰/۴۱ | **۰/۳۷ | ۰/۰۹ | ۱ | | | | |
| ۷ اختلالات بالینی | **۰/۴۶ | -۰/۰۰ | **۰/۲۵ | **۰/۵۰ | **۰/۲۷ | **۰/۳۳ | ۱ | | | |
| ۸ افسردگی | **۰/۴۸ | ۰/۰۰ | **۰/۲۷ | **۰/۴۹ | **۰/۲۹ | **۰/۳۶ | **۰/۸۸ | ۱ | | |
| ۹ اضطراب | **۰/۴۱ | -۰/۰۳۴ | **۰/۲۱ | **۰/۴۳ | **۰/۲۳ | **۰/۳۱ | **۰/۸۹ | **۰/۷۲ | ۱ | |
| ۱۰ جسمانی سازی | **۰/۲۹ | ۰/۰۲ | **۰/۱۵ | **۰/۳۸ | **۰/۱۶ | **۰/۱۶ | **۰/۸۰ | **۰/۵۳ | **۰/۶۰ | ۱ |

* p<0/05, ** p<0/01

مؤلفه‌های ذهن آگاهی به جز مؤلفه مشاهده با افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی ارتباط دارند. با توجه به مطالب ذکر شده فرضیه اول تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: بین سبک‌های مقابله و اختلالات بالینی رابطه وجود دارد.

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که ذهن آگاهی با نمره کل اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار دارد ($r = -0.29$ ، $p < 0.001$) بدین معنا که افزایش ذهن آگاهی با کاهش اختلالات بالینی

همراه است، علاوه بر آن ذهن آگاهی با افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی نیز در سطح $p < 0.001$ رابطه معنادار منفی دارد ($r = -0.48$ ، $r = -0.41$ و $r = -0.29$) هم‌چنین تمام

جدول ۴. همبستگی بین مقابله مسئله مدار، مقابله هیجان مدار، مقابله اجتناب مدار و اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|-----------------------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|---|
| ۱. مقابله مسئله مدار | ۱ | | | | | | |
| ۲. مقابله هیجان مدار | *-0/15 | ۱ | | | | | |
| ۳. مقابله اجتناب مدار | 0/11 | **0/31 | ۱ | | | | |
| ۴. اختلالات بالینی | **0/34 | **0/49 | *0/14 | ۱ | | | |
| ۵. افسردگی | **0/37 | **0/46 | 0/12 | **0/88 | ۱ | | |
| ۶. اضطراب | **0/30 | **0/48 | 0/12 | **0/89 | **0/72 | ۱ | |
| ۷. جسمانی سازی | **0/19 | **0/32 | 0/13 | **0/80 | **0/53 | **0/60 | ۱ |

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$

بالینی رابطه مثبت معنادار داشت ($r = 0/146$ ، $p < 0/029$)؛ با توجه به آنچه ذکر گردید فرضیه دوم تأیید می‌شود. فرضیه سوم: ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله می‌توانند علائم اختلالات بالینی را پیش‌بینی کنند.

برای آزمون این فرضیه از ضریب مدل رگرسیون چند متغیره به شیوه گام‌به‌گام استفاده گردید از آنجا که شیوه گام‌به‌گام در پیش‌بینی متغیر وابسته، واریانس مشترک متغیرهای مستقل را نیز در نظر می‌گیرد شیوه گام‌به‌گام ترجیح داده شد. نتایج حاصل در جدول ۴ بیان شده است.

همان‌طور که از نتایج جدول ۴ برمی‌آید از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار به‌طور معناداری رابطه منفی با نمره کل اختلالات بالینی ($r = -0/34$ ، $p < 0/001$)، افسردگی ($r = -0/37$)، اضطراب ($r = -0/3$ ، $p < 0/001$) و جسمانی سازی ($r = -0/19$ ، $p < 0/003$) دارد، از طرفی مقابله هیجان مدار نیز با نمره کل اختلالات بالینی ($r = 0/12$ ، $p < 0/001$)، جسمانی سازی ($r = 0/32$ ، $p < 0/001$)، افسردگی ($r = 0/46$)، اضطراب ($r = 0/48$ ، $p < 0/001$) رابطه مثبت و معنادار دارد، مقابله اجتناب مدار صرفاً با نمره کل اختلالات

جدول ۵. پیش‌بینی اختلالات بالینی بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله

| گام | متغیرهای داخل معادله | R | R2 تنظیم شده | F | سطح معناداری |
|-----|----------------------|-------|--------------|-------|--------------|
| ۱ | عمل آگاهانه | 0/509 | 0/255 | 76/74 | 0/001 |
| ۲ | مقابله هیجان مدار | 0/586 | 0/337 | 57/29 | 0/001 |
| ۳ | مقابله مسئله مدار | 0/604 | 0/356 | 41/74 | 0/001 |

نشان دادند که ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی ذهنی، کاهش نشانه‌های روان‌شناختی، آسیب‌پذیری روان‌شناختی کمتر و تنظیم رفتاری مؤثرتر مرتبط است.

به نظر می‌رسد مشاهده پایدار تفکرات، هیجان‌ها و حس‌های بدنی بدون پاسخ‌دهی اتوماتیک یا واکنش به شیوه‌های شرطی شده همیشگی، یک "فضای تنفس" روانی را پدید آورد که در آن قضاوت در مورد افکار، احساسات و احساسات بدنی، مفاهیم مرتبط با آن‌ها و رفتارهای آموخته شده/همیشگی متوقف شده و در مورد آن‌ها تجدید نظر می‌شود. از این مهارت‌های شناختی در پژوهش‌های گوناگون به‌عنوان بازدریافت یا بازشناخت نام برده می‌شود [۳۲، ۳۳، ۳۴].

از سویی دیگر به دلیل ناخوشایند بودن این تجارب درونی، معمولاً به‌صورت فعالانه‌ای از آن‌ها به‌واسطه منحرف کردن توجه از تجربه درونی اجتناب می‌شود و فرد به‌منظور پیش‌گیری از

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله قادر به پیش‌بینی اختلالات بالینی، افسردگی، اضطراب و جسمانی‌سازی می‌باشند، در این بین مؤلفه‌های عمل آگاهانه، مقابله هیجان مدار و مقابله مسئله مدار قادر به پیش‌بینی اختلالات می‌باشند و روی هم‌رفته ۳۵/۶٪ واریانس اختلالات بالینی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلالات بالینی دانشجویان بر اساس ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله آنان می‌باشد. نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد ذهن آگاهی و مؤلفه‌های آن به‌جز مؤلفه مشاهده با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همخوانی دارد و پژوهش‌ها نامخوانی مشاهده نگردید [۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱]. این پژوهش‌ها

افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند و بالعکس مقابله مسئله مدار با بهبود سلامت روانی ارتباط دارد. در پژوهش حاضر هم‌چنین بین مقابله اجتناب مدار و اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار مشاهده گردید. مطالعات مختلف در این زمینه نتایج گوناگونی به دست آوردند در این بین برخی به رابطه مثبت معنادار و باقی به رابطه منفی معنادار بین سبک مقابله اجتناب مدار با بروز اختلالات بالینی اشاره کردند [۱۹، ۴۳، ۴۴]. به نظر می‌رسد در صورتی که از مقابله اجتناب مدار به‌عنوان یکی از سبک‌های بالقوه مقابله به‌گونه‌ای متعادل استفاده شود به صورتی که فرد بتواند در موقعیت مقتضی با فاصله‌گیری از موقعیت خود را به مفهوم مشاهده‌گر غیر قضاوتی نزدیک کند، فرد به موقعیت ذهن آگاه شده و با بازدریافت موقعیت سازگاری بیشتری به دست آورده و احتمال ابتلای وی به فشار روانی کاهش می‌یابد؛ از طرفی اگر به سبک مقابله غالب فرد تبدیل شود به دلیل آنکه فرد امکان تجربه اصیل موقعیت و پیامدهای آن را از دست داده و در چرخه اجتناب و تجربه مکرر هیجان منفی قرار می‌گیرد، احتمال ابتلای او فشار روانی و به تبع آن اختلالات بالینی افزایش می‌یابد. هم‌چنین داده‌ها حاکی از نقش پیش‌بینی‌کنندگی ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله بر اختلالات بالینی می‌باشد. از بین مؤلفه‌های ذهن آگاهی و سبک‌های مقابله، عمل آگاهانه مقابله هیجان مدار و مقابله مسئله مدار قادر به پیش‌بینی اختلالات بالینی می‌باشند.

ذهن آگاهی با تکیه بر حضور در لحظه حاضر و با جلوگیری از اجتناب شناختی مانع از ابتلای فرد به اختلالات بالینی می‌شود [۱۲]. در این میان عمل آگاهانه از مؤلفه‌های ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بین اختلالات بالینی عنوان شود به نظر می‌رسد زمانی که عمل آگاهانه با مؤلفه‌هایی چون عدم واکنش و پذیرش همراه گردد بهداشت روانی افراد را تسهیل سازد. مکانیسمی که این فرایند را ممکن می‌سازد بازدریافت نام دارد. از طریق مهارت باز دریافت فرد قادر به اختصاص زمان برای نظارت بر تجربه یا رویداد، بی‌طرفانه، بدون فعال‌سازی حالت‌های عاطفی منفی مرتبط با آن می‌باشد [۳۳]. بدین ترتیب فرد انتخاب می‌کند که آیا به شیوه خودگردان و راه‌حل مدار پاسخ دهد و یا در مقابل به‌صورت واکنشی با مکانیسم‌های مقابله‌ای همیشه پاسخ دهد. در نتیجه انعطاف‌پذیری شناختی رفتاری فرد بهبود یافته و تکیه فرد بر رفتار خودکار و واکنش‌پذیری هیجانی کاهش می‌یابد. ذهن آگاهی هم‌چنین از طریق مکانیسم بازدریافت بر سبک‌های مقابله فرد تأثیر گذاشته و از این طریق شیوه واکنش فرد به رویدادهای استرس‌زا را تحت تأثیر قرار داده و در عدم ابتلای او به اختلالات روانی ایفای نقش می‌کند، بازدریافت توانایی ایجاد فاصله ذهنی از یک واقعه تحریک‌آمیز را تسهیل ساخته (مقابله انفعالی) و در نتیجه یک تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و هدفمند (مقابله عقلانی) را در پاسخ‌دهی ممکن می‌سازد.

علاوه بر این زمانی که این فرایند روی می‌دهد تمایل به پردازش اطلاعات به‌صورت منفی تهدیدآمیز یا استرس‌زا از بین می‌رود و عاطفه منفی مرتبط نیز متوقف می‌شود که این خود نیاز به واکنش نشان دادن به‌صورت هیجانی (مقابله هیجانی) و یا

اضطراب آینده به‌وسیله دوری گزینی از افراد، مکان‌ها و یا اشیا مرتبط واکنش نشان می‌دهد. در ذهن آگاهی، اضطراب به‌صورت عامدانه نگریسته می‌شود و به آن با باز بودن کنجکاو و پذیرش پاسخ داده می‌شود [۳۵]. چنین مواجهه همیشگی‌ای با محتوای ذهن منجر به از بین رفتن واکنش‌های مبتنی بر ترس همچون مقابله اجتنابی می‌شود [۳۶]. در واقع این جنبه از ذهن آگاهی با درمان‌های مواجهه درونی که برای گستره‌ای از اختلالات در مراکز بالینی مورد توجه‌اند، مقایسه می‌شود [۳۷]. به نظر می‌رسد ذهن آگاهی، با اثرگذاری بر سیستم پردازش اطلاعات فرد به چند طریق نقش خود را در کاهش اختلالات روان‌شناختی اعمال می‌کند: ذهن آگاهی سبب فعال شدن و نیرومندی شیوه پردازش فراشناختی شده و از این طریق بازسازی شناختی را تسهیل می‌کند، از طرفی تأثیر باورهای فراشناختی ناسازگارانه بر پردازش مستقیم را از بین برده و فرد را از تهدیدهای درونی و بیرونی بدون فعال ساختن سبک‌های ناسازگارانه نگرانی و نشخوار فکری آگاه می‌کند هم‌چنین شیوه‌های انعطاف‌پذیر پاسخ‌دهی به تهدید را فراهم می‌سازد و طرح‌های فراشناختی را برای کنترل و هدایت شناخت نیرومند می‌سازند [۳۸].

ذهن آگاهی توانایی تحمل پریشانی را افزایش می‌دهد، عادت اجتناب از تجارب درونی را متوقف می‌کند و نیز کارکرد سالم ذهن ابدن را بهبود می‌دهد [۳۹]. از طریق این مکانیسم‌های پیشنهادهی، ذهن آگاهی می‌تواند استرس دریافتی را کاهش دهد و مهارت‌های مقابله را بهبود بخشد و بدین ترتیب امکان ابتلای فرد به اختلالات بالینی را کاهش دهد. نکته جالب توجه در پژوهش حاضر آن است که بین عامل مشاهده از مؤلفه‌های ذهن آگاهی و اختلالات بالینی رابطه‌ای مشاهده نگردید؛ در تبیین این مورد می‌توان بیان کرد که گرچه مشاهده یکی از مؤلفه‌های بنیادین در ذهن آگاهی است اما چیزی که در این میان اهمیت بالایی دارد کیفیت این مشاهده است به‌عبارتی دیگر مشاهده‌ای که کیفیتی غیر قضاوتی داشته باشد بر شدت نشانه‌های بالینی تأثیرگذار است و مشاهده صرف بر شدت اختلالات تأثیری ندارد [۴۰].

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین حاکی از آن است که از بین سبک‌های مقابله، مقابله مسئله مدار با اختلالات بالینی رابطه منفی معنادار و مقابله هیجان مدار با اختلالات بالینی رابطه مثبت معنادار نشان داد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر هم سو است [۱۹، ۳۲، ۴۱]. نتایج حاصل نشان داد که مقابله این یافته‌ها نشان می‌دهند که سبک مقابله هیجان مدار به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌باشد و مقابله اجتناب مدار نیز با افزایش اضطراب و افسردگی نوجوانان رابطه دارد. به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله رابطه بین استرس و نشانه‌های اختلالات بالینی را تعدیل می‌کنند. هماهنگ با نظریه مقابله لازاروس و فولکمن در ۱۹۸۴ اثرات استرسورها در زندگی به اسناد فرد و توانایی او برای مقابله دارد بدین ترتیب افرادی که بیشتر مقابله هیجان مدار را بکار می‌گیرند به میزان کمتری قادر به مقابله سازگارانه با استرسورها هستند و در نتیجه اضطراب و

تکنیک‌های ذهن‌آگاهی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد است. بر خود لازم می‌بینیم از تمام دانشجویان عزیزی که به ما در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی کنیم.

منابع

1. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
2. Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
3. Kabat-Zinn, J. (2000), 'Participatory Medicine', *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. vol14: pp. 239-240
4. Nyklicek, I. (2011). Mindfulness, emotion regulation, and health. In: Nyklicek I. Vingerhoets A. Zeelenberg M. *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer, pp. . 101-118.
5. Brown, K. W., Ryan, R. M., Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*. vol18: pp. 211-237.
6. Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*. vol13: pp. 79-91.
7. Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.*: vol13: pp. 1041-1056.
8. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

اجتناب از تجربه (مقابله اجتنابی) را کاهش می‌دهد [۳۳، ۳۶، ۴۳، ۴۵]. در موقعیت‌های تهدیدکننده سلامتی افراد ذهن‌آگاه از ارزیابی مجدد مثبت نسبت به حوادث به‌عنوان یک مکانیسم نظم‌دهی شناختی استفاده کرده و بدین ترتیب موقعیت استرس‌زا را به‌گونه‌ای منطقی برای خود ایمن می‌سازند [۴۶، ۴۷].

به نظر می‌رسد مشاهده پایدار بی‌طرفانه رویداد دردناک یا ناراحت‌کننده، از طریق افزایش آگاهی و تحمل این احساسات استفاده از استراتژی‌های مقابله متنوع‌تر را ممکن سازد. این مواجهه پایدار با رویدادهای تحریک‌آمیز بدون واکنش نشان دادن به آن‌ها، رفتارهای مقابله اجتنابی شرطی قبلی را بی‌اثر می‌کند و در نهایت استفاده از سبک مقابله انطباقی‌تری را ممکن می‌سازد [۳۶، ۴۷]. چنانچه در مقابله مسئله مدار فرد با به‌کارگیری راه‌حل‌های فعالانه می‌تواند به حل مشکل موجود کمک کرده و از شکل‌گیری اختلال جلوگیری کند. درحالی‌که در مقابله هیجان مدار فرد از تأکید بیش‌ازحد در مورد هیجانات خود از پرداختن مستقیم به رویدادهای تنش‌زا خودداری می‌کند که این امر به مزمن شدن مشکلات منجر می‌شود.

با توجه به رابطه مثبت ذهن‌آگاهی و خصوصاً تأثیر عمل آگاهانه در اختلالات بالینی و هم‌چنین رابطه معنادار سبک‌های مقابله با بروز نشانه‌ها روانی در افراد به نظر می‌رسد با به‌کارگیری تمرین‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور ارتقای کیفیت آگاهی در لحظه حاضر و آموزش راهبردهای مقابله احتمال ابتلای فرد به آسیب‌های روان‌شناختی و به‌تبع آن بیماری‌های روانی کاهش یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

۱. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، به‌کارگیری آزمون خلاصه علائم مرضی می‌باشد از آنجاکه این آزمون علائم مرضی در طول ۱ هفته را می‌سنجید، برای ممانعت از بی‌دقتی در پاسخگویی پرسشنامه و بالا بردن پایایی تشخیص بازه زمانی را افزایش دادیم و از آزمودنی‌ها درخواست گردید برای پاسخ‌دهی به سؤالات فاصله زمانی ۲ هفته‌ای را مدنظر قرار دهند. از آنجاکه آلفای کرونباخ این آزمون در مطالعات اعتبار یابی بالا گزارش شده است (۰/۹) اما ضریب بازآزمایی ۳ هفته‌ای آن چندان مطلوب نبوده است (۰/۴۵) لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری به‌منظور اعتبار یابی این آزمون صورت پذیرد.

۲. پیشنهاد می‌شود رابطه ذهن‌آگاهی و سبک‌های مقابله در دیگر اختلالات بالینی همچون اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن به دلیل ایفای نقش مؤثر ذهن‌آگاهی از طریق مکانیسم بازدریافت در شکستن چرخه‌های نشخوار فکری، خطاهای شناختی و سوگیری‌های شناختی که موجب حفظ این اختلالات می‌شوند، بررسی گردد.

۳. با توجه به نقش ذهن‌آگاهی و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی اختلالات بالینی (افسردگی، اضطراب و جسمانی سازی) پیشنهاد می‌شود متخصصین بهداشت روانی برای ارتقاء سلامت روانی و برای جلوگیری از ابتلا افراد به اختلالات اضطرابی و افسردگی از

- Individual Differences: An International Journal of Research into the Structure and Development of Personality and The Causation of Individual Differences.: 40: pp. 1165-1176.
20. Mohammady Far, M. A., Ahmed Khan, M. Shirazi, M Mohmmdi Arya, A, R. (2012) Coping Strategies in relation to Mental Health (a cross-cultural study on Indian and Iranian Students). Journal of Subcontinent Researches. vol4: pp. 71-92.
۲۱. کلاترئی، شکبیا. (۱۳۹۰). مقایسه‌ی مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و صبر در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اضطراب منتشر و افراد بهنجار؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، شیراز: دانشگاه شیراز.
22. Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. Vol. 13: pp. 27-45.
23. Williams, M. J., Dalglish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the Factor Structures of the Five Facet Mindfulness Questionnaire and the Self-Compassion Scale. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035566>.
۲۴. عامری صفی‌آبادی، نساء. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر افزایش سلامت روانی زنان خانه‌دار شهر اصفهان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
۲۵. شریعتی، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، شیوه‌های مقابله با استرس و اضطراب رایانه در دانشجویان دانشگاه الزهرا. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
۲۶. بخشایش، علیرضا. دهقانی، فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۰، شماره ۹، صص ۵۲-۴۳.
9. Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. vol13: pp. 27-43.
10. Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*. vol64: pp. 71-84.
11. Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., &Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*. vol57: pp. 35-43.
12. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B (2004). Assessments of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. vol11: pp. 191-206.
13. Brown, W. K., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*.: vol84: pp. 822-848.
14. Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willet, B. R. (2011). Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness*. Vol. 2: pp. 154-166.
15. Holas, P. & Jankowski, T. (2012). A cognitive perspective on mindfulness, *International Journal of Psychology*.: vol48: pp. 233-243.
16. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatik Medicine*.: vol55: pp. 234-247.
17. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, app. raisal and coping*. New York: Springer.
18. Endler, N. S.; Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*.: vol 58: pp. 844-854.
19. Gomez, R., & McLaren, S., (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father supp. ort with anxiety/depression among late adolescents: app. lication of resiliency models, *Personality and*

- [http://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article = 3085&context=etd.](http://dc.etsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3085&context=etd)
36. Breslin, C., Zack, M., & McCain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology and Scientific Practice.*: vol9: pp. 275-299.
37. Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3rd Ed.). New York: Psychological Corporation.
38. Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice.* vol9: pp. 95-100.
39. Greeson, J., & Brantley, J. (2009). Mindfulness and Anxiety Disorders: Developing a Wise Relationship with the Inner Experience of Fear. In: *Clinical Handbook of Mindfulness.* pp. 171-188.
40. Desrosiers, A., Vine, V. Curtiss, J. Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders.* vol165: pp. 31-37.
41. Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I. (2013) Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addict Behav.* Vol. 38: pp. 2465-72.
42. Ali Moohamadi Far, M., Ahmed Khan, Shirazi, M., Mohammadi Arya, M. (2012). Coping Strategies In Relation To Mental Health. *Journal oh Subcontinent Researches.*: vol4: pp.71-92.
43. Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping and emotional well-being. *Journal of Research in Personality.* Vol. 43: pp. 374-385.
27. صدر، مهدیه. (۱۳۹۲). رابطه تاب‌آوری با ابعاد پنج‌گانه شخصیت و اختلالات بالینی افسردگی اضطراب و جسمانی سازی در دانشجویان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه الزهرا.
28. Derogatis, L. R. (2000). Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: mn national computer syste empirical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice.*: vol10: pp. 125-143.
29. Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2012) A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. In: *Nurse Educ Today.*: vol10: pp. 1166-72.
۳۰. بختیاری، آزاده. نشاط دوست، حمید. عابدی، احمد. صادقی، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن‌آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشار خون. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۰، شماره ۸، صص ۶۲-۴۷.
31. Song, Y., Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Journal of Nurse Education Today.*: vol 35: pp. 86-90.
32. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context. Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* vol10: pp. 144-156.
33. Shapiro, S. L., Carlson, L., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology.* vol62:pp. 373-386.
34. Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.*: vol23: pp. 270-280.
35. Wells, L. L. (2010). Associations between Mindfulness and Symptoms of Anxiety (Master thesis) Retrived from

44. Panayiotou, G., Karekla, M., Mette, L. (2015). Dispositional coping in individuals with anxiety disorder symptomatology: Avoidance predicts distress. *Journal of Contextual Behavioral Science*. vol3: pp. 314-321.

۴۵. کاویانی، حسین. حاتمی، ندا. جواهری، فروزان. (۱۳۸۷). اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، سال دوم، شماره ۲. ص ۱۴-۵.

46. Hanley, A., & Garland, E.L. (2014). Dispositional mindfulness co-varies with self-reported positive reappraisal. *Personality & Individual Differences*. Vol. 66: pp. 146-152.

47. Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice*. Vol. 10: pp. 125-143.